

Göttinger, Werner

Ein Konzept für die Beratung von Stotternden

Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 29 (1980) 2, S. 55-62

urn:nbn:de:bsz-psydok-27779

Erstveröffentlichung bei:

Vandenhoeck & Ruprecht WISSENSWERTE SEIT 1735

<http://www.v-r.de/de/>

Nutzungsbedingungen

PsyDok gewährt ein nicht exklusives, nicht übertragbares, persönliches und beschränktes Recht auf Nutzung dieses Dokuments. Dieses Dokument ist ausschließlich für den persönlichen, nicht-kommerziellen Gebrauch bestimmt. Die Nutzung stellt keine Übertragung des Eigentumsrechts an diesem Dokument dar und gilt vorbehaltlich der folgenden Einschränkungen: Auf sämtlichen Kopien dieses Dokuments müssen alle Urheberrechtshinweise und sonstigen Hinweise auf gesetzlichen Schutz beibehalten werden. Sie dürfen dieses Dokument nicht in irgendeiner Weise abändern, noch dürfen Sie dieses Dokument für öffentliche oder kommerzielle Zwecke vervielfältigen, öffentlich ausstellen, aufführen, vertreiben oder anderweitig nutzen.

Mit dem Gebrauch von PsyDok und der Verwendung dieses Dokuments erkennen Sie die Nutzungsbedingungen an.

Kontakt:

PsyDok

Saarländische Universitäts- und Landesbibliothek
Universität des Saarlandes,
Campus, Gebäude B 1 1, D-66123 Saarbrücken

E-Mail: psydok@sulb.uni-saarland.de

Internet: psydok.sulb.uni-saarland.de/

INHALT

Aus Praxis und Forschung

F. Bittmann: Motivationale Bedingungen des Leistungsverhaltens von Heimkindern und Familienkindern (Conditions for Achievement Behaviour)	124
G. Bovensiepen, R. Oesterreich, K. Wilhelm u. M. Arndt: Die elterliche Erziehungseinstellung als Ausdruck der Familiendynamik bei Kindern mit Asthma bronchiale (Asthmatic Children: Parental Child-Rearing Attitudes and Family Dynamics)	163
G. Brandt: Symbolik und Symptomatik (Symbolism and Symptoms)	79
G. Bronder, K. Böttcher und Siegrid Rohlf: Diagnose: Entwicklungsstillstand — Ein Therapiebericht (Diagnosis: Developmental Arrest — A Therapeutic Program)	95
A. K. S. Cattell, S. E. Krug u. G. Schumacher: Sekundäre Persönlichkeitsfaktoren im Deutschen HSPQ und ihr Gebrauchswert für die Diagnose, für interkulturelle Vergleiche, für eine empirische Überprüfung tiefenpsychologischer Modellvorstellungen sowie für die Konstruktvalidität des HSPQ (Second Stratum of the German HSPQ and their Value for Diagnosis Cross-Cultural-Comparisons, Verification of Analytic Theory and for Conceptual Validity of the HSPQ)	47
R. Castell, A. Biener, K. Artner u. C. Beck: Artikulation und Sprachleistung bei drei- bis siebenjährigen Kindern. Ergebnisse der Untersuchung einer Zufallsstichprobe aus der Bevölkerung (Articulation and Language Development in Children)	203
W. Ferdinand: Über Merk-male der Ersterinnerungen verhaltensgestörter und psychosozial integrierter Kinder (Earliest Recollections of Psychosocially Well Integrated Children and of Disturbed Children) ...	51
H.-P. Gilde, G. Gutezeit: Ergebnisse einer vergleichenden Untersuchung zu visuellen Perzeptionsleistungen von Risikokindern im Vorschulalter (Results from a Comparative Study on Visual Perception in Pre-School-Children Who Had Been Premature Infants)	213
W. Göttinger: Ein Konzept für die Beratung von Stotternden (A Concept for the Guidance of Stutterers)	55
R. Haar: Gruppentherapie mit Kindern und Jugendlichen in Klinik und Heim (Group Psychotherapy with Children and Adolescents in Hospital Treatment)	182
G. Haug: Enuresis in langfristiger Familienbeobachtung (Enuretics in Long-Term Observation in Their Families)	90
F. Henningsen: Die psychische Belastung des Knochenmarkspenders und die Bedeutung begleitender Psychotherapie (The Psychological Stress on Bone Marrow Donors and the Contributions of Attendant Psychotherapy)	37
B. Hobrucker, V. Rambow, G. Schmitz: Problemanalyse bei weiblichen Jugendlichen nach Suizidversuchen (Problem Analysis on Female Adolescents after Attempted Suicide)	218
F. Hofmann u. H. Kind: Ein eineiiges Zwillingsspaar diskordant für Anorexia nervosa (Monozygotic Twins Discordant for Anorexia Nervosa—A Contribution to the Pathogenesis from a Case History)	292
K. Krisch: Eine vergleichende Untersuchung zum „Enkopretischen Charakter“ (A Comparative Study on the “Encopretic Character”)	42
K. Krisch: Die stationäre Behandlung dreier Enkopretiker: Planung, Verlauf und Ergebnisse einer verhaltenstherapeutischen Intervention (In-patient Therapy with Three Encopretics: Design, Course of Treatment and Results of a Behavioral Intervention)	117

F. Mattejat, G. Niebergall u. V. Nestler: Sprachauffälligkeiten von Kindern bei aphasischer Störung des Vaters — Eine entwicklungspsycholinguistische Fallstudie (Speech Disorders in Children with an Aphasic Father—a Case Study in Developmental Psycholinguistics)	83
W. Mall: Entspannungstherapie mit Thomas (Relaxation Therapy with Thomas—First Steps on a New Path)	298
J.-E. Meyer: Die Bedeutung der Adoleszenz für die Klinik der Neurosen (The Influence of Adolescence on the Clinical Development of Neuroses)	115
T. Neraal: Autonomie — ein Mehrgenerationenproblem am Beispiel einer analytischen Familienberatung (Autonomy—A Multi-Generational Problem—A case of analytic family counseling)	286
H. Otte: Überlegungen zur Arzt-Patient-Beziehung bei der stationären Therapie der Anorexia nervosa (Considerations on the Patient-Therapist-Relationship in Connection with In-Patient Treatment of Anorexia Nervosa)	243
H. Rau u. Chr. Wolf: Zusammenarbeit mit Eltern in Einrichtungen der Öffentlichen Jugendhilfe — Darstellung einer speziellen Familienbehandlung (Cooperation with Parents in Youth Welfare)	8
U. Rauchfleisch: Zur Entwicklung und Struktur des Gewissens dissozialer Persönlichkeiten (Development and Structure of the Conscience in Dissocial Personalities)	271
A. Reinelt u. M. Breiter: Therapie einer Trichotillomanie (Therapy of a Case Trichotillomania)	169
A. Salanczyk: Das prosoziale Kind (Prosocial Activity in the Pre-school-child)	1
H. Sasse, G. Stefan, A. v. Taube u. R. Ullner: Zu unserer Arbeit mit behinderten und nichtbehinderten Kindern (Open Integration of Handicapped and Not Handicapped Children)	63
V. Schandl u. E. Löschenkohl: Kind im Krankenhaus: Evaluierung eines Interventionsprogrammes bei Verhaltensstörungen (The Child in the Hospital: Evaluation of an Intervention Program on Behavioral Disorders)	252
G. M. Schmitt: Klientenzentrierte Gruppenpsychotherapie in der Behandlung der Pubertätsmagersucht (Client-Centered Group Psychotherapy in the Treatment of Anorexia Nervosa)	247
L. Verhofstadt-Deneve: Adoleszenzkrisen und soziale Integration im frühen Erwachsenenalter (Crises in Adolescence and Social Integration in Early Adulthood—A Psycho-Dialectic Approach with Clinical Implications)	278
B. Wiesler: Zur Psychologie des Serienhelden (The Psychology of a Hero Called Lassiter)	175

Pädagogik, Jugendpflege, Fürsorge

S. Bäuerle u. H. Kury: Streß in der Schule. Eine experimentelle Untersuchung an 13–16jährigen Schülern (School Stress)	70
P. Birkel: Intelligenzentwicklung und Intelligenzmessungen bei körperbehinderten Kindern (Cognitive Development and Measurement of Intelligence in Physically Handicapped Children)	264
R. Bodenstein-Jenke: Eine vergleichende Untersuchung psychomotorischer Testleistungen von autistischen, lern- und geistigbehinderten Schülern mit Hilfe des LOS aus der Testbatterie für Geistigbehinderte (A Comparative Study of Psycho-motoric Test Performances by Autistic, Mentally and Educationally	

- Handicapped School-Children with the Help of the LOS Method from the Test Battery for the Mentally Handicapped) 24
- Ch. Ertle: Schwierige Kinder und ihre Erzieherinnen — Praxisanleitung als konkrete Weiterbildung — (Pedagogic Personnel in Confrontation with Emotionally Disturbed Children — Practice Related Supervision as a Form of On-the-Job Training) 308
- J. Jungmann: Adoption unter Vorbehalt? Zur psychischen Problematik von Adoptivkindern (Adoption with Reservations? On Psychic Problems in Adopted Children) 225
- J. Kahlhammer: Das Leistungsverhalten von Schihaupt- schülern (Achievement Behaviour in Pupils at the "Schihauptschule") 100
- U. Klein: Lehrer und suchtgefährdete Schüler (Teachers and School-children in Danger of Addiction) 302
- H. Kury, W. Dittmar u. M. Rink: Zur Resozialisierung Drogenabhängiger — Diskussion bisheriger Behandlungsansätze (On Resocialization of Drug Addicts — A Discussion of Current Approaches to Treatment) .. 135
- M. Müller: Bericht über die Mitarbeit des Schulpsychologischen Dienstes Spandau im Rahmen der psychologisch-therapeutischen Betreuung von verhaltens- problematischen (verhaltensgestörten) Schülern in Beobachtungs-Klassen im Schuljahr 1977/78 (Report on the Collaboration of a Psychological School Advisory Board in "Observation-Classes" 1977/78; Psychological-Therapeutic Work with Maladjusted Pupils) 13
- M. Müller: 20 Jahre Schulpsychologischer Dienst im Bezirk Spandau von Berlin (20 Years of School Psychological Service in Berlin-Spandau) 231
- M. Nagy: Die Arbeit des Psychotherapeutischen Kinderheimes Wolfshagen im Harz (A Multimethodical Approach Including Family-Therapeutic Goals Applied to Institutional Care) 152
- W. Schmidt: Ein Beitrag zur Frage der Eignung von Adoptionsbewerbern (The Qualification for Adoption) 66
- R. Westphal: Erfahrungen mit strukturierter Gruppenarbeit in der Teestube einer Kontakt- und Beratungsstelle für Jugendliche (Experiences with Structured Groupwork in the Teashop of a Counseling-Service for Adolescents) 194
- J. Wienhues: Krankenhausaufenthalt aus der Sicht erkrankter Schulkinder der Sekundärstufe I. Ergebnisse einer Fragebogenuntersuchung (Hospitalization from the Point of View of Children in Secondary-School — Results from a Questionnaire) 259
- H. Zern: Zum Prestige des gewählten Berufes bei Erzieherinnen in der Ausbildung (The Prestige of the Chosen Profession in Trainees at Training Colleges for Welfare Workers) 132
- Tagungsberichte**
- H. Moschtaghi u. J. Besch: Bericht über die 6. Tagung der ISSP vom 2. 9. bis 6. 9. 1979 in Basel (Report on the 6th ISSP-Conference from September 2nd-6th 1979 in Basel) 108
- H. Remschmidt: Bericht über die 16. wissenschaftliche Tagung der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie in Münster vom 26. 9. bis 29. 9. 1979 (Report on the 16th Session of the German Society for Child- and Juvenile Psychiatry in Münster, Sept. 16-29, 1979) 31
- Bericht aus dem Ausland**
- T. Nanakos: Wege der Heilpädagogik in Nordgriechenland — Tessaloniki (Methods of Medico-Pedagogic Treatment in Northern Greece — Tessaloniki) 111
- Literaturberichte: Buchbesprechungen**
- Benedetti, Gaetano: Psychodynamik der Zwangsneurose 201
- Duska, Ronald u. Whelan, Mariellen: Wertentwicklung — eine Anleitung zu Piaget und Kohlberg 316
- Fenichel, Otto: Neurosenlehre Band 1, 2, 3 159f.
- Friedrich, H., Fränkel-Dahlmann, I., Schaufelberger, H.-J., Streack, U.: Soziale Deprivation und Familiendynamik 160f.
- Fürstenau, Peter: Zur Theorie psychoanalytischer Praxis 201
- Grüttner, Tilo: Legasthenie ist ein Notsignal 201f.
- Spitz, René A.: Eine genetische Feldtheorie der Ichbildung 158f.
- Werry, J. S. (Ed.): Pediatric Psychopharmacology. The Use of Behavior Modifying Drugs in Children 161
- Mitteilungen (Announcements) 34, 76, 113, 161, 202, 242, 269, 317

Ein Konzept für die Beratung von Stotternden

Von Werner Göttinger

Zusammenfassung

Unbefriedigende Erfolge bei der Behandlung des Stotterns sind in vielen Fällen zurückzuführen auf eine Mißdeutung der Bezeichnung „Stottern“: „Stottern“ ist lediglich die Bezeichnung für eine auffällige Beeinträchtigung der Sprech-Zügigkeit (vergleichbar dem Wort „Hinken“), aber damit ist keine Diagnose gestellt und keine eigenständige Störung oder Krankheit abgegrenzt. In dieser Hinsicht ist oft in der Beratung und in der Behandlung von Stotternden das Vorgehen nicht genügend differenziert. Katalogartig wird ein Überblick über die praktizierten Methoden in der Behandlung des Stotterns gegeben. Nach der dargestellten Charakterisierung des Kerns in der Stotter-Erscheinung – nämlich dem „Anstoß“-Risiko für die Zügigkeit der Sprech-Tätigkeit – wird herausgestellt, daß ein Stottern in erster Linie ein individuelles Problem für den Stotternden oder für die Eltern eines stotternden Kindes darstellt, daß daher vordringlich eine psychologische Beratung angebracht erscheint. Orientierende Übersichten werden gegeben über Problemformen beim Stottern und über Erscheinungsformen und Störungsarten des Stotterns.

Einleitung

Die Erfahrungsgrundlage zu dem hier vorgelegten Konzept für die Beratung von Stotternden sind die in sieben

Jahren als Psychologe in einem Sprachheilheim durchgeführten stationären Behandlungen von insgesamt 208 Stotternden im Alter von 8 – 34 Jahren, männlich und weiblich. Dabei zeigten sich vier Schwierigkeiten:

1. zu häufig verliert sich nach der Behandlung die Sprechweise wieder in das alte Stottern;
2. zu schwach wirken oft Tatendrang und Tatkraft des Stotternden im Behandlungsprozeß;
3. zu wenig präzise ist oft das Interesse der Eltern von stotternden Kindern am Wissen, was zu tun ist, damit das Kind nicht mehr stottert;
4. zu weit gesteckt sind oft die Erwartungen des Stotternden oder seiner Eltern an die Auswirkungen des Behandlungserfolges.

Die Herkunft dieser Schwierigkeiten liegt sehr oft in einer Mißdeutung und in einer einseitigen Auslegung der Bezeichnung „Stottern“:

Die Bezeichnung „Stottern“ beinhaltet eigentlich nur einen Hinweis darauf, daß die Zügigkeit des Sprechens beeinträchtigt ist, und damit ist nichts darüber gesagt, wie es zu dieser Beeinträchtigung kommt. Etymologisch bedeutet „Stottern“ „Anstoßen beim Sprechen“, in übertragenem Sinne „stockendes und unterbrechendes Laufen eines Motors“, weiter „ratenweise bezahlen“. Und würde anstelle

von „Stottern“ die Formulierung „Anstoßen beim Sprechen“ gebraucht, so ginge wohl deutlicher hervor, daß hier lediglich eine Auffälligkeit im Sprechvorgang benannt ist – ohne Spezifikation des Erscheinungsbildes, das vielfältiger Art sein kann, und ohne Feststellung der Ursache.

Eine unzutreffende Deutung aber wird dieser Bezeichnung „Stottern“ unterschoben, wenn sie schon als Diagnose, noch dazu mit mysteriösem Anklang, aufgefaßt wird. Mit dem Schlagwort „Diagnostogenes Stottern“ von W. Johnson sind die Folgen einer solchen Mißdeutung aufgezeigt: Die Eltern bemerken, daß ihr Kind in einem Alter von etwa 3–5 Jahren stottert; das bedeutet also lediglich, daß das Kind un-zügig spricht, aber im über-deutenden Verständnis der Eltern beinhaltet die Bezeichnung „Stottern“ zugleich eine Diagnose, eine Diagnose, mit der sie die Vorstellung verbinden von einer Krankheit, von einer Behinderung, von einem vererbten Übel, von einer Schock-Folge – Vorstellungen in bunter Vielfalt sind hier vorzufinden. Damit aber ist der realistische und unvoreingenommen schlichte Blick auf die Entstehungsweise dieses Stotterns verbaut, und anstatt den geeigneten und naheliegenden Erziehungsweg zu einer zügigeren Sprechweise einzuschlagen, wird so das Kind in eine Isolation als etikettierter Sprechkranker bzw. Sprechbehinderter gelenkt. Und genau das gleiche geschieht auch in vielen anderen Zusammenhängen, wo ebenfalls jenes Wort „Stottern“ schon als Diagnose aufgefaßt wird: Jedesmal wird damit die realistische Einsicht in den Entstehungsvorgang dieser stotternden Sprechweise verbaut durch mysteriöse Vorstellungen. Das schlägt sich dann auch nachteilig in der Behandlung eines von solchen Vorstellungen mitgetragenen Stotterns nieder; ganz davon abgesehen, daß gar nicht selten die alleinige Tatsache der Behandlungsdurchführung solche mysteriösen Vorstellungen hier auch noch stützt und ausbaut.

Eine zweite Art eines unzutreffenden Gebrauchs der Bezeichnung „Stottern“ ist die einseitige Auslegung dieses Begriffes gemäß den verschiedenen Theorien über das Stottern (Es gibt zwar verschiedene Theorien, aber jede beruft sich meist auf jeweils das Stottern schlechthin). Das Stottern aber ist keine eigenständige Störung oder Krankheit, das Stottern ist eine Auffälligkeit hinsichtlich der Zügigkeit des Sprechens mit einer Vielfalt von Erscheinungsformen und mit einer Vielzahl von Störungsmöglichkeiten. Um diesen Gegensatz zu veranschaulichen: Eine Auffälligkeit hinsichtlich der Zügigkeit des Gehens stellt das Hinken dar; und nun würde die Bezeichnung „Hinken“, in analoger Weise wie die Bezeichnung „Stottern“, als eine eigenständige Krankheit angesehen, die nach einer bestimmten Kurmethode zu behandeln wäre.

Ein anderes Verständnis und ein anderer Gebrauch der Bezeichnung „Stottern“ erscheinen uns hier empfehlenswert: Mit diesem Wort soll ausgedrückt werden, daß für den Betreffenden in einer Tätigkeit von äußerst wesentlicher und sehr weitreichender Geltung – der Tätigkeit des Sprechens – ein Risiko für deren zügigen Ablauf enthalten ist, nämlich das Risiko des „Anstoßens“. Aber dieses Risiko ist sehr unterschiedlich beschaffen und verschieden groß. Und dieses Risiko wird jeweils in einer persönlich eigentümlichen Weise getragen und gehandhabt.

Da ist zunächst zu erkunden, was für ein Problem sich aus diesem Risiko ergibt, für den Stotternden, aber gegebenenfalls auch für seine Eltern. Dann ist zu erörtern, wie dieses Problem angegangen werden kann. Und es ist gut abzuwägen, ob eine Anleitung zu zügigerem Sprechen oder eine dementsprechende Korrektur der Sprechweise, also eine Behandlung des Stotterns, wirklich die geeignete Maßnahme zur Lösung des festgestellten und analysierten Problems darstellt, oder ob nicht andere Maßnahmen erforderlich bzw. geeigneter sind.

Wenn dann wirklich eine Behandlung dieses Stotterns angezeigt ist, muß untersucht werden, wodurch es zu dem Risiko des „Anstoßens“ und dem „Anstoßen“ selbst kommt. Und je nach Störungsart werden ganz unterschiedliche Behandlungsabsichten zu verfolgen und dafür unterschiedliche Behandlungsmethoden erforderlich sein.

Behandlungsmethoden des Stotterns

Es steht ein reichhaltiges Repertoire an Verhaltensempfehlungen und Behandlungsmethoden für das Stottern zur Verfügung. Mißlich erscheinen jedoch die folgenden Umstände:

1. Die Tendenz, die aus einer bestimmten Perspektive gemachten Beobachtungen und Überlegungen zum Phänomen des Stotterns auszulegen als die Gesamterkenntnis dieses Phänomens. So stehen die einzelnen Theorien recht unintegriert nebeneinander und gegeneinander.

2. Die Auffassung, es sei eine grundsätzliche Ansichtssache, welches von den damit befaßten Fachgebieten im Einzelfall mit der Beratung und mit der Behandlung zu betrauen sei, daher sei eine Fächerung der Kompetenz nach bestimmten Kriterien nicht durchführbar. Mancher Stotternde hat so schon die Ratschläge und die Behandlungsbemühungen aller einschlägigen Fachgebiete durchprobiert, eine bunte Mischung mit vielen Widersprüchen.

3. Die Zuweisungspraxis an die unterschiedlichen Einrichtungen nach Wohnort-Gegebenheiten oder nach persönlicher Präferenz oder nach Maßgabe sukzessiv aufwendiger Behandlungsformen („zuerst ambulant versuchen, wenn das nicht hilft, dann stationär“), anstatt einer Indikation nach bestimmten Kriterien.

Daß das alles so nicht optimal sein kann, belegt sich aus der Tatsache, daß allenthalben berichtet wird, die Behandlungen des Stotterns brächten nur bescheidene tatsächliche und anhaltende Erfolge. Als Richtwert gilt: $\frac{1}{3}$ stotterfrei, $\frac{1}{3}$ bessere Sprechweise, $\frac{1}{3}$ unbeeinflusst. Wobei Kritiker noch einwerfen, daß in dem erfolgreich behandelten Drittel wohl noch ein Anteil sogenannter Spontanheilungen mitzuzählen sein wird. Es wird davon ausgegangen, daß insgesamt in 80% der Fälle das Stottern spontan abklingt.

Im folgenden ist katalogartig dargestellt ein Überblick über die Einrichtungen und die Fachgebiete, die sich mit der Behandlung und Beratung von Stotternden (in der BRD) befassen.

A. Die Einrichtungen

1. Sprachheilambulanz: meist nebenamtlich von Sonderlehrern betrieben; in der Regel eine Behandlungsstunde pro Woche.

2. Sprachheilheim: therapeutisches Team; stationäre Behandlung mit mehr oder weniger Kur-Charakter von etwa 3–4 Monaten Dauer, oft ohne Schulbesuch.

3. Sprachheilabteilung an Kliniken (oft HNO-Klinik): in der Regel ambulante Behandlung; ausführliche Untersuchung möglich.

4. Sonderkindergarten oder Vorschulklasse für Sprachbehinderte: Fördermaßnahmen.

5. Sprachheilschule: „Der Unterricht ist hier Therapie, die Therapie Unterricht“, in der Praxis jedoch Primat des Unterrichts, da die normalen Lehrpläne gelten; Vorteil ist die gegenüber den Sprechschwierigkeiten benachteiligungsfreie Atmosphäre.

6. Erziehungsberatungsstelle: unterschiedliche Praxis, z.T. werden Stotternde sofort an andere Einrichtungen weiterverwiesen, z.T. werden für allgemein beim Stottern gültig gehaltene Ratschläge gegeben, z.T. wird das stotternde Kind in Spieltherapie genommen; besser ist, von einem einschlägigen Diagnosezentrum eine genaue Diagnose und einen Therapieplan erstellen zu lassen, und danach die weiteren Maßnahmen mit den Eltern zu besprechen und zu planen.

7. Privatpraxis: betrieben von Logopäden, von Psychologen, auch von Gesanglehrern oder von Sprecherziehung erteilendem Schauspielern.

8. Private Institute: Kurse von 2–6 Wochen Dauer; auch verteilt, mehrere Kurse.

9. Stotterer-Selbsthilfe-Gruppen.

B. Die Fachgebiete

1. Sprachheilpädagogik bzw. Logopädie

1.1 Basierend auf profunden Kenntnissen der Sprachheilkunde und meist mit einer reichhaltigen praktischen Erfahrung, ist die theoretische Einstellung pragmatisch: Das Stottern kann mehrere Ursachen und Ursachenkombinationen haben, mehr psychisch oder mehr organisch angelegt sein; bedeutsamer ist eine geduldige altersspezifische und individuell spezifische Förderung der jetzt ungeordneten Sprechweise. Bei Kleinkindern durch das gute sprachliche Vorbild der Eltern (ruhige und einfach strukturierte Sprechweise) sowie sprachlich fördernde Spiele; bei älteren Kindern durch Aktivierung und Regulierung der Sprachkräfte, auch durch Training spezifischer Sprechhilfen für die Vermeidung bzw. Überwindung des Stotterns.

1.2. Für die Stotter-Behandlung haben sich einzelne Verfahrenstechniken hervorhebend gebildet. Die uns bekannten seien hier kurz aufgeführt:

a) Kaumethode nach *Fröschels*: Die verhärteten und verkrampten Sprechbewegungen des Mundes sollen, von Kaubewegungen ausgehend, zuerst breiig und später weich und geschmeidig eingeübt werden.

b) Ruhe- und Ablauftraining nach *Fernau-Horn*: Adaptation der Grundstufe des Autogenen Trainings mit anschaulich geschilderten Vorstellungsbildern für das Ruhegefühl (= Waldsee) und die gelöst ablaufende Sprechatmung (= Meereswellen).

c) „Biokybernetische Behandlung“ nach *Hartlieb*: Die Sprechweise hinsichtlich ihres motorischen Verlaufs wird neu eingeübt nach einem beschriebenen Aufbauprogramm unter Hervorhebung rhythmischer und dynamischer Komponenten.

d) „Flüssiges Stottern ohne Angst vor dem Stottern“ als Behandlungsziel (*non-avoidance-Therapie*): Ausgehend von der Überlegung, daß die dramatische Steigerung der Symptomatik beim Stottern sich aus der Angst vor dem Stottern und dem daraus resultierenden panikartigen Verhalten herleite, soll durch die Behandlung erreicht werden, daß der Stotternde sein Stottern zu akzeptieren und zu handhaben lernt.

2. Psychologie

2.1. Die zur Störung Stottern derzeit am nachhaltigsten vorgetragene psychologische Perspektive ist diejenige der Verhaltenstherapie. Das Stottern wird dabei gesehen als erlernte Sprechweise und auch als angewöhntes respondierendes und korrespondierendes Kommunikationsgefüge. Grundsätzlich hätte der Stotternde auch den Entwicklungsweg zu einer zügigen Sprechweise nehmen können, und grundsätzlich verfüge er auch jetzt noch über die Voraussetzungen für ein stotterfreies Sprechen. Die Therapieprogramme enthalten in unterschiedlichem Komplexitätsgrad meist die folgenden „Bausteine“:

a) negative Verstärkung; Beispiel: Der Stotternde spricht in ein Mikrophon und hört sich über Kopfhörer, bei jedem „Anstoßen“ wird sofort ein Pfeifton (Pegelton-Generator vom Mischpult) dazwischengeschaltet.

b) positive Verstärkung; Beispiel: In aufbauender und erweiternder Weise wird die stotterfreie Sprechpassage mit einem Chip belohnt, die Chips werden später gegen kleine Geschenke oder Vergünstigungen eingetauscht.

c) negative Übung; Beispiel: Der Stotternde soll einen Satz dreimal absichtlich übermäßig stotternd und danach einfach langsam aussprechen.

d) systematisches Desensitivieren: Angst und Aufregung vor einer Sprechsituation werden stufenweise abgebaut.

e) in-vivo-Therapie: Durchführung in der wirklichen Gesprächssituation, z.B. im Restaurant beim Bestellen.

f) Selbstbehauptungstraining.

g) Eine Besonderheit stellt in diesem Rahmen das Biofeedback dar. Dafür ein Beispiel: Ein stotternder junger Mann erhielt die Muskelspannung am Mundboden während des Sprechvorganges über Elektromyogramm angezeigt, dazu wurde er instruiert, bei Überschreiten einer bestimmten Marke den Sprechvorgang abubrechen und erst nach Absinken der Muskelspannung fortzufahren (*Legewie, H. u. Nusselt, L. S. 3 u. 4*).

2.2. Von einem entwicklungspsychologischen Standpunkt aus wird das Stottern im Kindesalter als Ausdruck eines

Konfliktes oder einer Krise im Entwicklungsprozeß des Kindes angesehen. Man müßte dann jedoch von dieser Form des Stotterns als einer akuten psychischen Störung eine andere Form des Stotterns bei zugrundeliegenden Störungen im Sprachvermögen unterscheiden (Wyatt, G. L. S. 92). Da die Entwicklung des Kindes eingebettet ist in die Erziehungsweise seiner Eltern, wird hier Erziehungsberatung durchgeführt.

2.3. Die Spieltherapie in der Behandlung des Stotterns bezieht sich auf die Vorstellung, das stotternde Kind habe neurotische Konflikte bzw. Verdrängungen. Solche seelischen Spannungen werden entweder als die Ursache des Stotterns angesehen, und die Behandlung beschränkt sich auf diese Therapie, oder sie werden als Begleit- und Folge-Erscheinungen des Stotterns angesehen, und die Spieltherapie ist ein Teil einer mehrdimensionalen Behandlung.

2.4. Da ein seelisch belastendes Stottern stets mit Übererregung verbunden ist, werden als symptombezogene Behandlung verschiedene Formen von Entspannungstraining durchgeführt: Der Stotternde soll in die Lage versetzt werden, gefaßt zu sprechen, seiner Aufregung beim Sprechen Herr zu werden.

2.5 Unter einer psychologischen Behandlung beim Stottern wird meistens eine begleitende Aufarbeitung von Erlebens- und Verhaltens-Mustern des Stotternden verstanden, was sich dann im Rahmen eines mehrdimensionalen Vorgehens vollzieht. Eine Sonderstellung nimmt jedoch die psychologische Behandlung des Stotterns nach Westrich ein, da es sich hier um ein spezifisches Verfahren einer Stotterer-Therapie handelt, das von einer eigenen Theorie des Stotterns ausgeht und als ausschließliche Methode anzuwenden wäre. Hier eine kurze Darstellung: Das Sprechen vollziehe sich auf zwei Ebenen, einmal auf einer rein funktionalen Ebene hinsichtlich Sprachschatz und sprechmotorischer Geschicklichkeit – in beider Hinsicht sei die Sprechfunktion beim Stotternden intakt. In einer zweiten Ebene sei das Sprechen ein „Handeln mit Worten“, und dieses sei beim Stotternden zeitweilig durch situative Erlebniszustände blockiert. Im Dialog nämlich habe er Angst, eine eigene Stellung zu beziehen, sich selbst darzustellen und flüchte statt dessen in das „Notlösungsverhalten“ eines starren Bemühens um die sprechtechnischen Belange. Die Behandlung sei daher alleinig durchzuführen im individuellen Gespräch, in dem der Therapeut den Stotternden „mit seinem situativ motivierten regressiven Lösungsverhalten“ (Westrich 1971, S. 72) konfrontiert.

2.6. Zu unterscheiden von einer psychologischen Behandlung wäre eine psychoanalytische Behandlung. Genannt werden mehrere psychoanalytische Deutungen des Stotterns. Bei einer solchen Behandlung bleibt aber eine zügigere Sprechweise oft aus.

Teilleistungsschwächen. In der Mehrzahl aber ergeben sich bei Stotternden in der ärztlichen Untersuchung hier keine eindeutig pathologisch zu wertenden Befunde.

3.1. Aus der Annahme einer „neuropathischen Konstitution“ (Seeman) bei Stotternden, mit vegetativer Übererregbarkeit, werden robrierende Maßnahmen verordnet (bevorzugt: ausreichender Schlaf mit Mittagsschlaf, reizarme Kost, Gymnastik, frische Luft).

3.2. Medikamentöse Behandlung des Stotterns erfolgt meist mit Beruhigungsmitteln. Für spezifisch beim Stottern wirksam gehaltene Medikamente – in jüngster Zeit Haloperidol – haben die Erwartungen nicht erfüllt.

3.3. Autogenes Training wird vorwiegend bei älteren Stotternden durchgeführt.

4. Komplexe (mehrdimensionale) Behandlung

Eine solche Behandlung ist mindestens aus einer logopädischen bzw. sprachheilpädagogischen und einer psychologischen bzw. psychotherapeutischen Behandlungsintention zusammengesetzt. In den Behandlungsplan dazugenommen werden in unterschiedlicher Praxis noch folgende Bereiche: medikamentös unterstützende Behandlung; Atemübungen bzw. Atemgymnastik, Stimmübungen; rhythmisch-musikalische Erziehung, Bewegungserziehung, Heilgymnastik; Gestaltendes Werken; Kneippsche Wasseranwendungen (Hydrotherapie), Massage; Schwimmen, Turnen bzw. Sport.

5. Apparative Sprechhilfen funktionieren nach drei Prinzipien:

- a) Sprechen nach Taktschlag, eines Metronoms: gewöhnliches Metronom; „Taktell-Gerät“ = Metronom mit Übungsheft für Stotternde; „Mikronom“ = Kleinst-Metronom, das wie ein modernes Hörgerät hinter dem Ohr getragen wird; Hapto-Metronom = in der Hand gehalten drückt ein kleiner Stift im Takt gegen eine Fingerkuppe.
- b) Lee-Effekt = über Mikrophon und Kopfhörer wird die eigene Stimme verzögert wiedergegeben: Tonbandgerät mit Hinterbandtaste; „Sprachtherapie-Gerät für Stotterer“.
- c) Vertäubung mit sogenanntem weißen Rauschen, wodurch die eigene Stimme während des Sprechvorganges nicht gehört wird: „Edinburgh Masker“ = durch elektronische Steuerung über Kehlkopfmikrophon wird das weiße Rauschen nur durch die eigene Stimme simultan ausgelöst.

6. Hypnose

7. Akupunktur

Definition und Charakterisierung des Stotterns

Den Kern der Stotter-Erscheinung stellt das Anstoßen im Ablauf der Sprechbewegungen dar. Etwas ausführlicher

3. Medizin

Naheliegenderweise ist in der Medizin das Augenmerk eher auf organische Ursachen beim Stottern gerichtet, erörtert werden besonders frühkindliche Hirnschädigung bzw.

beschrieben: Jener sehr komplexe Vorgang, den wir verbale Kommunikation oder verbales Verhalten nennen, zeigt als hauptsächliches Resultat Sprechbewegungen von Mund, Kehle, Zwerchfell und in Parallelität dazu gesprochene Worte (ebenso wie geschriebene Worte in Parallelität zu Schreibbewegungen von Hand und Arm resultieren). An diesen Sprechbewegungen fällt jetzt auf, daß die Zügigkeit ihres Ablaufes gestört ist, daß in diesem Bewegungenablauf immer wieder angestoßen wird; das wird als „Stottern“ bezeichnet.

Dieses Anstoßen aber ist dadurch charakterisiert, daß es nicht eine Eigentümlichkeit der Sprechbewegungen selbst, eine konstante und regelmäßige Begleiterscheinung, darstellt (wie etwa die athetotischen Mundbewegungen bei schweren Dysarthriformen oder die falsche Zungenbewegung beim Lispeln), sondern daß es als Gefährdungsmoment in den Ablauf der Sprechbewegungen hineinwirkt und daher in unregelmäßiger Folge und in wechselnder Intensität erscheint. Vereinfacht ausgedrückt: Das Anstoßen stellt sich dar als Risiko für einen zügigen Ablauf der Sprechbewegungen. So kommt es, daß jeder Stotternde bei mancher Gelegenheit wenig oder gar nicht, andere Male viel und stark „anstößt“.

Wenn nun aber für einen Stotternden dieses Risiko gegeben ist, beim Sprechen – zutreffender: bei Ausführung der Tätigkeit zu sprechen – in das „Anstoßen“ zu geraten, wird es auch noch darauf ankommen, wie er persönlich sich angesichts dieses Risikos verhält beim Sprechen, wie er mit diesem Risiko umgeht.

aufgebaut, einerseits einem „Anstoß“-Risiko, andererseits einer bestimmten Art des Verhaltens gegenüber diesem Risiko. Indem es aber auf zwei Faktoren basiert, ist damit auch vorgegeben, daß diese beiden Faktoren unterschiedliches Gewicht am Zustandekommen der Sprech-Auffälligkeit „Stottern“ haben können. So kann einerseits ein sehr ausgeprägtes „Anstoß“-Risiko verbunden sein mit einem sehr disziplinierten Sprechverhalten, und das „Anstoßen“ erscheint gar nicht so auffällig. Andererseits kann ein primär nur geringfügiges „Anstoß“-Risiko durch ein hektisches Sprechverhalten zu sehr auffälligem „Anstoßen“ führen.

Wenn wir uns nun vor Augen halten, daß die Tätigkeit des Sprechens ja eine unserer wesentlichsten Tätigkeiten überhaupt ist, mit großer Tragweite und Bedeutung im täglichen Leben, so ist evident, daß eine so auffällige Beeinträchtigung ihres Vollzuges, wie sie das Stottern darstellt, vielfältige und weitreichende Auswirkungen haben kann. Allerdings wird es individuell sehr unterschiedlich und abhängig von vielen Gegebenheiten der sozialen Konstellation sein, wie solche Auswirkungen im Einzelfall aussehen.

Die Beschaffenheit dieser Auswirkungen aber ihrerseits wird die auch wieder individuell unterschiedliche psychische Haltung des Stotternden zu seinem Stottern, also Standpunkt und Einstellung zum Stottern, prägen.

Diese Wechselbeziehung zwischen erlebten Auswirkungen des Stotterns und eigener psychischer Haltung diesem Stottern gegenüber ist der Angelpunkt des Problems, das sich für einen Stotternden aus seinem Stottern ergibt; selbstverständlich ein ganz individuelles Problem, aber doch im Vergleich

Schematische Darstellung der Erscheinung „Stottern“

Definition:	Differenzierung:	
Das „Anstoßen“ als Risiko	– in mehreren Variationen – mit unterschiedlicher Auftretens- dynamik	} Erscheinungsform / Störungsart
+		
Umgehen mit diesem Risiko = Verhalten beim Sprechen	: psychische „Haltung“ dem Stot- tern gegenüber	} individuelles Problem
mit Entwicklungsgeschichte dieses Verhaltens beim Sprechen	: erlebte Auswirkungen des Stot- terns	

Für die persönlich eigentümliche Art des Umgehens mit dem Anstoß-Risiko wiederum wird maßgeblich sein, welche Erfahrungen der Betreffende bisher mit dem Anstoßen beim Sprechen gemacht hat. Um also eine solche Verhaltensweise gegenüber dem Anstoß-Risiko in ihrer individuellen Eigenart zu verstehen, ist hier zu erkunden: Wie alt ist dieser Stotternde, ist es ein Junge oder ein Mädchen, wie lange besteht schon das Anstoß-Risiko, wie reagieren die Eltern auf das Anstoßen beim Sprechen – und weitere Fragen, welche die Entwicklungsgeschichte dieser individuellen Verhaltensweise erhellen.

Zusammenfassend ist also festzustellen: Das individuelle Erscheinungsbild beim Stottern ist immer auf zwei Faktoren

der Einzel-Probleme mit gemeinsamen Zügen. Und nicht unbedingt immer ein Problem, welches sich durch eine Verbesserung der Sprechzügigkeit – sprich: Sprachheilbehandlung – angehen ließe.

Erst in einer zweiten Ebene rückt dann das Störungsbild, wie es im Ablauf der Sprechetätigkeit hervortritt, ins Blickfeld, zusammen mit der Frage, wie die Störung angelegt ist. Dabei müssen mehrere Erscheinungsformen des Stotterns unterschieden werden, wobei diese unterschiedlichen Erscheinungsformen auf unterschiedliche Störungsarten zurückzuführen sind.

Die Unterschiede zeigen sich zum einen in den Erscheinungsbildern, in den Beschaffenheiten, des „Anstoßens“.

Zum anderen aber sind auch die Intensitätsschwankungen des „Anstoßens“ in mehrerer Hinsicht unterschiedlich, und es sind recht unterschiedliche Bedingungen für diese Intensitätsschwankungen maßgeblich (Beides zusammen, die Intensitätsschwankungen und deren Bedingungen, nennen wir kurzgefaßt die Auftretensdynamik des Stotterns).

Das alles bedeutet, daß die Erscheinung Stottern sehr differenziert betrachtet werden muß. Hier sind recht unterschiedliche Erscheinungsformen einer stotternden Sprechweise voneinander zu trennen, und hier sind die Probleme, wie sie sich für den einzelnen Stotternden ergeben, ganz verschieden gelegen.

Empfehlungen für die Beratung von Stotternden

Im wesentlichen wird es zwei Ausgangssituationen bei einer Beratung geben: Entweder die Eltern eines stotternden Kindes oder ein stotternder Jugendlicher bzw. Erwachsener selbst suchen Rat und Hilfe. Der Grund dafür wird jedesmal ein individuelles Problem sein, ein Problem, das in irgendeiner Weise mit dem Stottern in Zusammenhang steht. Aber in den meisten Fällen wird sich dieses Problem nur als eine diffuse Problem-Empfindung niederschlagen, z.B. als ein Gefühl der Besorgnis, als eine Angst vor falschem Verhalten, als ein Gefühl des Unglücklichseins. Auch wird diese Problem-Empfindung oft mitgetragen sein von vorgefaßten Meinungen und Vorurteilen über das Stottern.

Ein solches diffuses Problem bedarf zuerst einer Problemanalyse, einer Klärung des Sachverhaltes, eines Präzisierens der Schwierigkeiten, einer Überprüfung der Standpunkte. Das erste Ziel der Beratung sollte hier sein, dem Ratsuchenden dabei zu helfen, sein persönliches Problem genau zu erkennen und zu begreifen. Gar nicht so selten wird das dann die einzige Hilfe überhaupt sein, die der Ratsuchende brauchte.

Bei diesem Beratungsgespräch sollte die stotternde Sprechweise selbst zunächst ganz unbefangen angesehen werden als ein in seinem Rhythmus mehr oder weniger ungeordnetes Sprechen. Empfehlenswert ist ein Vorgehen, daß gemeinsam mit dem Stotternden – bzw. bei kleinen Kindern gemeinsam mit den Eltern – die stotternde Weise zu sprechen genau beobachtet wird und dazu Überlegungen angestellt werden, wie es zu dieser Sprechweise kommt. Wenn die Vermutung geäußert wird, dieses Stottern sei vererbt, sollte darauf hingewiesen werden, daß das Sprechen – die Sprache in diesem spezifischen Sinne – nicht ererbt ist, sondern erlernt (es sei verwiesen auf Dialekt-Färbungen der Sprechweise und auf Akzent-Färbungen bei Fremdsprachen). Vererbt sein können daher höchstens gewisse für den Spracherwerb günstige oder ungünstige Dispositionen, die aber für sich allein kein Stottern determinieren.

Wo allerdings wirklich hartnäckige oder rätselhafte Störungsmomente nicht mehr in einsichtige Zusammenhänge gebracht werden können, sollte unbedingt sofort der Stotternde zur Untersuchung an eine HNO-Klinik, ein Diagnosezentrum oder einen sachverständigen Sprachtherapeuten überwiesen werden.

Die fachliche Kompetenz für die anfängliche Beratung einschließlich einer Abklärung der Problemlage sollte dem Psychologen vorbehalten sein. Der Psychologe kann dabei auch die erste eruierende Betrachtung der stotternden Sprechweise durchführen, – wie gesagt: vor dem theoretischen Hintergrund, daß eine stotternde Sprechweise zunächst immer als eine erklärliche Erscheinung im Bereich der normalen Sprechweisen angesehen werden muß, und erst nach deren sorgfältigem Ausschluß eine wirkliche Sprechstörung vermutet werden darf.

Welche Maßnahmen dann zu ergreifen sind, wird in erster Linie von der vorliegenden Problemstruktur abhängen, aber auch von der Störungsart der Sprechweise. Die Behandlung des Stotterns, wenn diese von dem Stotternden dann gewünscht wird, sollte aber von hierfür sachverständigen Sprachtherapeuten durchgeführt werden, da solche Behandlungen recht schwierig und auch recht heikel sind. Die Form dieser Behandlung sollte auch wieder abhängig gemacht werden von der hinter dem Stottern stehenden Problemstruktur und deren Komplexität.

Als Orientierungshilfe für die Beratung von Stotternden sind im folgenden katalogartige Übersichten für die Problemerkundung und für die Störungsdifferenzierung aufgeführt.

Einige Problemformen beim Stottern

1. Die Eltern eines Kindes im Alter bis etwa 6 J. sind besorgt über Stotter-Erscheinungen bei dem Kind.

Hinweis: In der Regel kommen hier vier Stotter-Formen in Betracht:

- a) gewöhnliche Sprech-Instabilität der Kleinkinder – in diesem Fall die Eltern ausführlich aufklären über richtiges Sprech-Erziehungsverhalten und über die Gefahr einer Sprech-Verunsicherung des Kindes (siehe W. Johnson, „Diagnostogenes Stottern“);
- b) Stotter-Erscheinungen als Ausdruck psychischer Spannungen bei dem Kind – in diesem Fall Erziehungsberatung o.ä.;
- c) festzustellende Sprachschwäche oder zugrundeliegende neurologische Störungen – Früherfassung einleiten; auch Fördermaßnahmen;
- d) das Kind macht sich offensichtlich mit dem Stottern interessant, weil die Eltern darauf besorgt reagieren – hier entwickelt sich schon ein habituell werdendes Stottern, daher unterstützende Erziehungsberatung zu empfehlen.

2. Die Eltern möchten, daß ihr Kind „schöner“ spricht (bei schwachbegabten Kindern oder vor dem Hintergrund mißverständener Informationen über Sprachheilbehandlungen).

Hinweis: Keine Sprachheilbehandlung.

3. Die Eltern sind darauf aufmerksam geworden, daß ihr Kind sich mit Stotter-Schwierigkeiten plagen muß. Häufig mit Sprechangst des Kindes.

Hinweis: Sachverständige Behandlung des Stotterns zu empfehlen.

4. Besorgt sind die Eltern im Grunde über die schlechten Schulleistungen des Kindes, die sie aber auf das Stottern zurückführen.

Hinweis: Das Problem kann hier ganz verschieden gelagert sein. Beispiele:

- a) Die gemeinsame Ursache sowohl für das Stottern als auch für die schlechten Schulleistungen ist eine Konzentrationsschwäche o.ä.;
- b) das Stottern hat sich eingespielt als Tarnung mangelnden Fleißes oder als Verdeckung intellektueller Überforderung;
- c) aus seinem Stottern sind dem Kind in der Schulklasse psychische Schwierigkeiten erwachsen (z.B. wird das Kind gehänselt).

5. Als Ursache von Erziehungsschwierigkeiten bzw. Verhaltensauffälligkeiten eines stotternden Kindes oder Jugendlichen wird das Stottern angesehen und daher eine Behandlung des Stotterns beantragt.

Hinweis: 1. Einzig durch das Stottern und unabhängig von anderen Persönlichkeitsmerkmalen entsteht natürlich keine Verhaltensauffälligkeit. 2. Ein Reglementieren der Sprechweise ohne diesbezügliche Initiativen des Stotternden selbst ist aussichtslos.

6. Ein stotternder Jugendlicher oder Erwachsener wird von Stotter-Schwierigkeiten überwältigt, er kommt mit diesen Schwierigkeiten nicht zurecht.

Hinweis: sachverständige Behandlung des Stotterns zu empfehlen.

7. Ein stotternder Jugendlicher oder Erwachsener klagt darüber, daß er jedesmal, wenn er ein bedeutsames Gespräch führen müsse, sehr aufgeregt („nervös“) sei und dann ins Stottern gerate.

Hinweis: Entspannungstraining angezeigt; evtl. auch verhaltenstherapeutisches oder gruppentherapeutisches Vorgehen.

8. Den Stotternden hat das Stottern mutlos und verzweifelt gemacht; oft zeigen sich begleitende psychische Störungen.

Hinweis: Den Stotternden jetzt nicht weiterverweisen, sondern ihm bei der Problemlösung helfen (mitunter Suicidgefahr). Dazu aber Konsultation eines für das Stottern sachverständigen Therapeuten zu empfehlen.

9. Ein stotternder Jugendlicher hat Schwierigkeiten bei der Lehrstellen- oder Arbeitsplatzsuche, die er auf das Stottern zurückführt.

Hinweis: Im Vordergrund hier Berufsberatung; ggf. auf Möglichkeit eines „Sprechtrainings“ (= Behandlung des Stotterns) hinweisen.

Sonderproblem: Anerkennung als Schwerbehinderter auf Grund des Stotterns wird beantragt (eine solche Anerkennung nach dem Schwerbehindertengesetz ist möglich).

10. Ein stotternder Jugendlicher oder Erwachsener schiebt die Schuld an allen seinen Schwierigkeiten beruflicher und privater Art in übertriebenem Maße auf sein Stottern.

Hinweis: Eine Behandlung des Stottern hat hier wenig Aussicht auf Erfolg, da unbewußt am Stottern wegen seiner

Sündenbockfunktion festgehalten wird (diese Sündenbockfunktion aufzudecken ist sehr heikel und mitunter nicht empfehlenswert).

11. Der Stotternde stört sich eigentlich nicht an seinem Stottern, er hat mit dem Stottern auch keine großen Sprechschwierigkeiten, nur die überhebliche und verächtliche Art, wie manche Leute sich ihm gegenüber benehmen, kränkt ihn.

Hinweis: Unvermittelt sollte hier keine Behandlung des Stotterns eingeleitet werden, weil damit ebenfalls der Stotternde in seiner Sprechweise abgetan wird, was ja gerade von ihm als Kränkung empfunden wird.

Erscheinungsformen und Störungsarten beim Stottern

(Anm.: Im Einzelfall können auch mehrere Erscheinungsformen kombiniert oder übereinandergelagert sein.)

1. Hektische Sprechweise, motorisch unzureichend gesteuerte Sprechweise (Polter-Komponente), mögliche Störungsarten:

- a) Konzentrationsschwäche, die sich in der Sprechweise niederschlägt (zeigt sich auch in Rechtschreibung)
- b) allgemeine motorische Unruhe und Übererregbarkeit
- c) habituell psychisch verunsicherte Sprechweise

2. Mangelnde Sprechdisposition, unschweifig sich verlierende Sprechweise, unsichere Sprech-Konzeption, mögliche Störungsarten:

- a) aufgesetztes Stottern bei Sprachentwicklungsstörung oder bei leichteren Aphasieformen
- b) Sprach-Überforderungsreaktion, meist in der Schulsituation bei intellektuell und motorisch schwachbegabten Kindern (Stottern verliert sich dann nach Schulabschluß oft wieder)
- c) mangelnde Sprecherziehung

3. Ungeschicklichkeit in der Sprechmotorik, mögliche Störungsarten:

- a) klobige Störungen der Feinmotorik (zeigen sich auch in Handschrift)
- b) neuro-muskuläre Übererregbarkeit (zeigt sich auch in allgemein fahrig-eckigen Bewegungsmustern)
- c) angelegt auf Dysplasien der Mundregion
- d) geringe sprechmotorische Begabung, gepaart mit der Gewohnheit eines relativ zu schnellen Sprechtempos
- e) langsamer verlaufende Entwicklung der Sprechmotorik, die nicht ausreichend berücksichtigt wurde in der Sprecherziehung (meist einhergehend mit allgemein langsam verlaufender Entwicklung der Motorik).

4. Stimmritzenkrampf, mögliche Störungsarten:

- a) klobige Störungen der Feinmotorik wie 3a)
- b) neuro-muskuläre Übererregbarkeit wie 3b)
- c) Komponente einer Stimmstörung (spastische Dysphonie)
- d) rein psychogener Stimmritzenkrampf = unspezifische Blockierung der Sprechintention, Auftreten ist an bestimmte Situationen bzw. Bedingungen gebunden

- e) habitueller Stimmritzenkrampf als Begleitsymptom bei affektiver Übererregung
- f) sekundärer Stimmritzenkrampf bei Atmungsdysregulation

5. Atmungsdysregulation beim Sprechen, mögliche Störungsarten:

- a) angelegt auf vegetativer Übererregbarkeit
- b) angelegt auf allgemeiner Fehlathmung
- c) gebahnt durch Bronchitis o.ä. im Kleinkindalter

6. Störungen im Bereich der Sprechimpulse (situativ stark wechselndes Stottern): ängstlich-stockende Sprechweise, unbeholfen-staksige Sprechweise, gestelzt-bebende Sprechweise, mögliche Störungsarten:

- a) schwach ausgebildetes Selbstbehauptungsvermögen
- b) Kontaktstörungen = mangelndes Vertrautsein mit sozialen Interaktionen
- c) ungefestigtes Selbstbild, gepaart mit hohem Anspruchsniveau.

7. Stottern als Verhaltensauffälligkeit = eingebettet in allgemeine Verhaltensauffälligkeit; kennzeichnend sind demonstrative Züge in der Erscheinungsform eines solchen Stotterns. Manchmal Stottern in Form einer „Rentenneurose“.

8. Stottern als Sprech-Tic = ticartig in den Sprechablauf einschließende Zuckungen im Bereich der Artikulationsmotorik oder der Atmung zusammen mit ticartigen Stimmritzenzuckungen.

9. Wahrscheinlich hysteriformes Stottern mit freifluktuierender Symptomatik: seltene Erscheinungsform mit schwerer und hartnäckiger Erscheinungsweise.

Anhang: Stotter-Formen nach Luchsinger, R. u. Arnold, G. E. (S. 759 u. 760)

- 1. bei angeborener Sprachschwäche aus Poltern entstandenes Stottern
- 2. hirnorganisch symptomatisches Stottern
- 3. psychologisch interpretierbares Entwicklungsstottern bei Neuropathie
- 4. physiologisches Stottern = Wiederholungen im 3./4. Lebensj.
- 5. psychiatrisch traumatisches Stottern
- 6. hysterisches Stottern

Summary

A Concept for the Guidance of Stutterers

Unsatisfactory results in the treatment of stuttering can, in many cases, be traced back to a misinterpretation of the term “stutter”: “stuttering” is merely the designation for a

marked impairment of the easy flow of speech (comparable with the word “limping”), but this does not mean that a diagnosis is thereby made or an independent disorder or illness defined. In this respect procedure in the counselling and treatment of stutterers is frequently insufficiently differentiated. An overall view of the practising methods in the treatment of stuttering is given in catalogue form. According to the characterisation of the main factor in the symptoms of stuttering described, – that is, the “impulse” “initiative” risk to the easy flow of speech, – it is indicated here that stuttering represents primarily an individual problem for the stutterer or for the parents of a child who stutters, and that therefore psychological advice appears to be stringently advisable. Orientation surveys are given on the various problems connected with stuttering and on the symptoms of stuttering and the disorders associated with it.

Literatur

Deutsche Gesellschaft für Sprachheilpädagogik e. V. (Hrsg.): Stottern – Poltern (Tagungsbericht). Hamburg 1975. – *Deutsche Gesellschaft für Sprachheilpädagogik e. V.* (Hrsg.): Übungsblätter zur Sprachbehandlung; 16. Folge: Wulff, J. u. H.: Anregungen zur Stottererbehandlung; 17. u. 18. Folge: Wiechmann, J.: Hilfen für die Behandlung von Stotterern A u. B. – Fernau-Horn, H.: Die Sprechneurosen. Stuttgart 1969. – Hartlieb, K.: Praktikum der Stimm- und Sprachheilkunde aus biokybernetischer Sicht. München 1969. – Heidemann-Tagmann, B.: Diagnostik und Therapie junger chronischer Stotternder unter besonderer Berücksichtigung der „non-avoidance-Therapien“. Sprache–Stimme–Gehör. Jg. 2 (1978) H. 3. – Heinzel, J.: Das Problem des Stotterns und die verhaltenstherapeutischen Behandlungsmethoden. Praxis 25 (1976). – Iwert, H.: Stottern. Zeitschrift für Allgemeinmedizin. 53 (1977). – Knura, G.: Sprachbehinderte und ihre sonderpädagogische Rehabilitation. In: Gutachten und Studien der Bildungskommission, Bd. 35, Sonderpädagogik 4. Stuttgart 1974, 103–198. – Legewie, H. u. Nusselt, L. (Hrsg.): Biofeedback-Therapie. München 1975. – Luchsinger, R. u. Arnold, G. E.: Handbuch der Stimm- und Sprachheilkunde, Bd. 2. Wien 1970³. – Orthmann, W. u. Scholz, H.-J.: Stottern. Berlin 1975. – Premm, H.: Die Selbsthilfemethode mit Taktell-Metronom. Sprache–Stimme–Gehör. Jg. 1 (1977) H. 3. – Preus, A.: Prinzipien der Stottertherapie nach van Riper. Die Sprachheilarbeit 19 (1974). – Schultheis, J. R.: Aktuelle Theorievorstellungen und ihre Beziehung zum Stottern. Praxis 27 (1978). – Seeman, M.: Sprachstörungen bei Kindern. Berlin 1974⁴. – Thorwarth, H. u. Wiechmann, J.: Einrichtungen des Sprachheilwesens in der BRD und Berlin-West. hrsg. von der Deutschen Gesellschaft für Sprachheilpädagogik e. V. Hamburg. – Wendlandt, W.: Resozialisierung erwachsener Stotternder. Berlin 1972. – Wertenbroch, W.: Die Behandlung von Stotterern mit Haloperidol. Die Sprachheilarbeit 21 (1976). – Westrich, E.: Der Stotterer. Bonn 1971. – Ders.: Sprach- und Sprechstörungen. In: Handbuch der Psychologie, 8. Bd., Klinische Psychologie, 2. Halbbd. Göttingen 1978. S. 2372–2418. – Wyatt, G. L.: Entwicklungsstörungen der Sprachbildung und ihre Behandlung. Stuttgart 1973.

Ansch. d. Verf.: Werner Göttinger, Julius-Vorster-Str. 10, 5300 Bonn-Oberkassel.